

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Inna Narro

**VÄHIHAIGUSE ÜLE ELANUD JA *PROGNOSIS PESSIMA* VÄHIHAIGETE
SUBJEKTIIVNE HEAOLU NING PERSONAALSED VÄÄRTUSED**

Magistritöö

Juhendaja: Toivo Aavik, PhD

Läbiv pealkiri: Vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused

Tartu 2017

Vähihaiguse üle elanud ja *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused

Kokkuvõte

Vähihaigusest on kogu maailmas, kaasaarvatud Eestis, saanud tervishoiusüsteemis kasvav probleem ning suremus selle haiguse tagajärjel vaatamata kõrgele elulemusele, pidevalt kasvab. Käesolevas uurimustöös käsitletud haigus toob kaasa muutusi haigestunud inimese erinevates psühholoogilistes seisundites nagu afektiivsuse avaldumine, subjektiivne heaolu ja personaalsed väärtused. Käesoleva töö autori eesmärk oli eelpoolmainitud seisundeid *prognosis pessima* vähihaigete ja vähihaiguse üle elanud patsientide vahel võrrelda ning selgitada välja, kui palju erinevad personaalse arenguga seotud väärtused vähihaiguse üle elanud patsientide ja vähihaigust mittepõdenud isikute vahel.

Tulemused näitasid, et *prognosis pessima* vähihaiged patsiendid kogesid vähihaiguse üle elanud patsientidega võrreldes rohkem negatiivseid afekte, kuid üllatuslikult positiivne afektiivsus vähihaiguse üle elanud patsientide ja negatiivne afektiivsus *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivset heaolu oluliselt ei mõjutanud. Personaalsete väärtuste osas hindasid *prognosis pessima* vähihaiged võrreldes vähihaiguse üle elanud patsientidega olulisemaks Heasoovlikkus- sõltumist. Personaalset arengut väljendavate väärtuste osas võrrelduna vähihaigust mittepõdenud isikutega oli vähihaiguse üle elanud patsientide jaoks tähtsaim Kõikehaaravus – loodus.

Märksõnad: vähihaigus, afektiivsus, subjektiivne heaolu, personaalsed väärtused

Subjective well-being and personal values of cancer survivors and cancer patients with *prognosis pessima*

Abstract

Cancer is a disease that, in the world and in Estonia, has become a growing problem in the healthcare system, and the death rate from the disease, despite increased survival times, is constantly growing. The disease leading to a change in the various psychological conditions, such as affectivity, subjective well-being, and personal values. The goal of this work was to compare the above-mentioned conditions among cancer patients with a *pessima prognosis* and cancer survivors, to find out to what extent the values related to personal development differ between cancer survivors and the individuals not having had cancer.

The results showed that compared to cancer survivors, the *prognosis pessima* cancer patients experienced more negative affects, but surprisingly, the positive affectivity of cancer survivors or the negative affectivity of *prognosis pessima* cancer patient did not significantly affect the subjective well-being of cancer patients.

In terms of personalized values, the *prognosis pessima* cancer patients evaluated the benevolence dependence more significantly than did the cancer survivors. In terms of the values expressing personal development, compared to the individuals not having had cancer, cancer survivors deemed Universalism - nature to be most important.

Keywords: cancer, affectivity, subjective well-being, personal values

Sisukord

Mõistete loetelu	5
Sissejuhatus	6
Subjektiivne heaolu ning seotus tervisega	7
Positiivne ja negatiivne afektiivsus ning seotus tervisega	8
Väärtuste teooria ja seotus tervisega	9
Psühholoogia ja sotsiaalvaldkonnas vähihaigetega läbiviidud uuringud Eestis.....	12
Töö eesmärk ja hüpoteesid	12
Meetod.....	14
Mõõtevahendid	15
Protseduur	16
Statistiline analüüs	17
Tulemused	17
Arutelu.....	20
Uurimustöö tugevused ja piirangud.....	24
Järeldused	25
Tänuõnad.....	25
Autorsuse kinnitus	25
Viited	26
LISAD	

Mõistete loetelu

Hiiu Järe ravi kliinik

SA Põhja – Eesti Regionaalhaigla Hiiu Järe ravi kliinik korraldab patsientide aktiivravi järgnevat vajaduspõhist ja palliativset toetavat ravi.

Palliativne ravi

Meditiiniline lähenemisviis, mille eesmärk on parandada eluohtliku haigusega noorte ja eakate patsientide ning nende lähedaste elukvaliteeti (Palliative Care, 2017).

Prognosis pessima (väga halb prognoos) (Survinat, 2012) ***vähihaige patsient***

III ja IV staadiumis vähidiagnoosiga patsiendid, kellel prognoos paranemisele puudub, arstliku komisjoni otsusel on lõpetatud aktiivravi ning rakendatud parim toetav ravi haigussümptomite leevendamiseks.

Stoom

Kirurgilisel teel tehtud avaus kõhu eesseinal, mille kaudu roe või uriin väljuvad tahtele allumatult kõhule selleks otstarbeks kleebitud kogumiskotti. Stoom rajatakse mitmete krooniliste soolehaiguste ja traumade puhul, kui sool ei ole enam võimeline ise funktsioneerima (Tartu Ülikooli Kliinikum, 2017).

Vähihaigus

Riiklikus vähistrateegias defineeritakse vähk ehk pahaloomuline kasvaja kui „mistahes koe vohand, mida iseloomustab rakkude vähene diferentseerituse aste ja võime sisse tungida ümbritsevatesse kudedesse ning levida nii vere kui ka lümfi kaudu kogu organismi.“ Erinevatel põhjustel, näiteks geneetikast, keskkonnast või tervisekäitumisest tingitud asjaoludest häirub rakkude paljunemine ning algab kasvaja moodustumine (Sotsiaalministeerium, 2007).

Vähihaiguse üle elanud patsient (ingl k *cancer survivor*)

Patsiendid, kelle haiguse diagnoosimisest on möödas 1-5 aastat. 56% elu jooksul vähidiagnoosi saanutest on diagnoosimisest möödas viis või enam aastat, mida onkoloogias tinglikult peetakse paranemiseks; ent ka nende patsientide jälgimine vähi võimaliku taastekke suhtes enamasti jätkub (Riiklik vähistrateegia ..., 2007).

Sissejuhatus

Vähihaigus mõjutab oluliselt kõikide sellega seotud inimeste, patsientide ja nende lähedaste eksistentsi ning psühholoogilist, kognitiivset ja sotsiaalset käitumist. Haigus võib tuua kaasa olulisi muutusi subjektiivse heaolu, emotsionaalsete seisundite ning personaalsete väärtuste osas, mille mõjud jäävad inimest saatma elu lõpuni.

Vähihaigusest on saanud maailma tervishoiu süsteemis oluline probleem, sest diagnoosi saanud inimeste arv maailmas on viimastel aastakümnetel pidevalt tõusnud. WHO (2017) andmetel moodustab vähihaigus 13% kogu maailma surmade põhjustest ning järgneva kahe dekaadi jooksul ennustatakse haigestumise tõusu 70%. Eesti Vähiliidu (2017) andmetel registreeriti 2013. aastal Eestis 8 154 uut vähijuhtu (4 020 meestel ja 4 134 naistel) ning vereringehaiguste järel on vähihaigustesse suremus teisel kohal. Eestis sureb igal aastal vähki ca 3 900 inimest (Valvere, 2016) ning haigusjuhtude arv pidevalt kasvab, mistõttu on tõusmas vajadus vähihaigete psüühiliste seisundite mõistmise ning efektiivsema nõustamise ja psühhoemotsionaalse toetuse järele.

Labotkini (1999) sõnul mõjutavad surmaga lõppevad haigused, kaasaarvatud vähktõbi, tugevalt inimese eksistentsi, kuid haiguse mõju ja sellega kaasnevaid psühholoogilisi seisundeid hakati uurima intensiivsemalt alles 1960-ndatel aastatel. Teema olulisus ja aktuaalsus panid aluse psühho-onkoloogia, kui psühholoogia multidistsiplinaarse eriala loomisele, millest on saanud paljudes riikides uusim tunnustatud valdkond onkoloogias (Uchitomi, 1999). Nicholase (2013) järgi hõlmab psühho-onkoloogia psühholoogilist, sotsiaalset, perekondlikku, hooldajatepoolset ja ühiskondlikku vastutust, mis mõjutavad toimetulekut ning kohanemist kõikide haigusfaasidega.

Kuigi vähihaigust peetakse enamjaolt surmaga lõppevaks haiguseks on järjest arenev onkomeditsiiniline ravi suutnud oluliselt pikendada patsientide elu ning suurendada elulemust. Vähihaiguse üle elanud patsiendid räägivad sageli oma personaalsest isiksuse kasvust ehk arengust, mida on tõestanud paljud psühho-onkoloogiaalased uuringud erinevates riikides.

Käesoleva töö autori eesmärk oli välja selgitada vähihaiguse üle elanud inimeste muutused personaalses arengus ja subjektiivse heaolu, emotsionaalsete seisundite ehk afektide ning personaalsete väärtuste erinevused vähihaigust põdevate patsientidega.

Töö teema uudsus ja aktuaalsus seisnevad selles, et *prognosis pessima* diagnoosiga vähihaiged patsiendid ei ole Eesti ülikoolide psühholoogiainstituutides varem uuritud ning uuringu tulemused võiksid pakkuda huvi tervisevaldkonnas, eriti onkoloogiavaldkonnas tegelevatele spetsialistidele.

Oma töös tugineb autor Schwartzi (1992, 2000, 2001, 2012), Dieneri (1985), Watsoni ja Clarki (1988, 2004) poolt väljatöötatud teoreetilistele mudelitele, mis on olnud aluseks Bellizzi (2004, 2007), Tessieri (2012, 2017), Feggi (2005), Carpenteri, Brockoppi ja Andrykowski (1999) ning Alifrangise *et al.*, (2011) poolt vähihaigetega läbiviidud uuringutes ning toetanud töö autorit hüpoteeside püstitamisel personaalsete väärtuste ja arengu ning afektiivsete seisundite ja subjektiivse heaolu väljaselgitamise osas.

Subjektiivne heaolu ning seotus tervisega

Heaolu on lahutamatu osa 1948 aasta WHO tervise definitsioonist: „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse puudumine või puue“. Heaolu all mõistetakse subjektiivset ja objektiivset heaolu, mille kaudu on võimalik võrrelda inimeste elukogemusi, kuhu on kaasatud elus kehtivad sotsiaalsed normid ja väärtused. Subjektiivne heaolu hõlmab isiku heaolu, psühholoogilist toimimist ja afektiseisundeid. Objektiivse heaolu alla kuuluvad tervishoid, haridus, töö, sotsiaalsed suhted, keskkond (ehitatud ja looduslik), turvalisus, inimkond, valitsemine, eluase ja vaba aeg (WHO, 2013).

Subjektiivset heaolu kinnitavad Dieneri & Chani (2011) järgi eluga rahulolu, negatiivsete emotsioonide puudumine, optimism ja positiivsed emotsioonid, mis tagavad parema tervise ning pikaeealisuse. Subjektiivne heaolu on eluga rahulolu, mille all mõistetakse positiivsete ja negatiivsete emotsioonide tasakaalu (Haslam, Whelan & Bastian, 2009), õnnelikkust ning moraali (Sauer & Warland, 1982). Uurides tervise seost subjektiivse heaoluga leidsid Dolan, Peasgood ja White (2008), et halva ja väga halva tervisega inimeste subjektiivne heaolu on tervetega võrreldes tunduvalt madalam.

Steptoe, Deaton ja Stone'i (2015) uuringust subjektiivse heaolu seosest füüsilise tervisega selgus, et vanematel inimestel, kes põevad rasket kroonilist haigust, esineb rohkem depressiivset meeleolu ning vähem rõõmutunnet ja heaolu, mida on vähihaigete puhul kinnitanud ka VanderZee *et al.*, (1996), kuid väide, et subjektiivne heaolu pikendab vähihaigete elu, on vastuoluline (Diener & Chan, 2011). Rütli (2011) uuringu tulemusel ilmnisid seosed tervisliku seisundi ja subjektiivse heaolu vahel – mida paremaks hindas

vähihaige oma tervist, seda madalam oli tema negatiivne emotsionaalsus ning kõrgem positiivne emotsionaalsus ja eluga rahulolu.

Subjektiivset heaolu on Diener ja Veenhoven (1984) konseptualiseerinud kahe peamise komponendi kaudu, milleks on hinnanguid andev või kognitiivne komponent ning emotsionaalne või afektiivne komponent (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985). Watson ja Pennebaker (1989, tsit. Rüütel, 2011 järgi) on leidnud, et tajutud tervise ja subjektiivse heaolu vahel esineb seos negatiivse afektiivsuse osas, kus kõrgema negatiivse emotsionaalsusega isikud hindavad oma tervist halvemaks ning kaebavad rohkemate vaevuste üle, kuid objektiivsed terviseandmed seda ei kinnita. Positiivne afektiivsus tajutud tervisliku seisundiga ei seostu.

Positiivne ja negatiivne afektiivsus ning seotus tervisega

Psühhiaatrias käsitletakse emotsiooni kui afekti ja meeleoluga seotud kompleksset subjektiivset elamust koos psüühiliste, somaatiliste ja käitumuslike komponentidega (Kliinikum, 2017). WHO (2013) tervisekäsitluses on afektiseisunditel oluline osa subjektiivses heaolus. Realo (2008) väitel toetub emotsionaalne ehk afektiivne komponent erinevatele positiivsetele ja negatiivsetele sündmustele inimese elus ning seetõttu kasutab käesoleva töö autor „emotsioon“ asemel terminit „afekt“, et terminoloogiline teemakäsitus kattuks nende autoritega, kelle uurimistulemusi on käesolevas töös kasutatud.

Afekt tähendab kestvaid reaktsioone (Diener & Diener, 1995) oma elukäigu suhtes (Tiisma, 2010) ning mitmed õnnelikkuse skaalad näitavad, et positiivne ja negatiivne afektiivsus on omavahel tugevalt pöördvõrdelises korrelatsioonis (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985) ehk positiivne afekt on rohkem kui lihtsalt negatiivse afekti puudumine (Kunzmann, Little & Smith, 2000). Watson, Clark ja Tellegen (1988) kirjeldavad positiivset afekti (PA) kui: entusiastlik, huvitatud, otsusekindel, põnevil, inspireeritud, aktiivne, tugev, uhke ja tähelepanelik; negatiivset afekti (NA) kui: hirmunud, kartlik, ärritunud, distressis, tundlik, närviline, häbenev, süütunne, ärritunud ja vaenulik. Negatiivne afektiivsus on üldiselt seotud vaimsete ja füüsiliste sümptomite kõrgema tasemega nagu valu, funktsionaalsed häired ja kehv hinnang oma tervisele (Leventhal, Hansell, Diefenbach, Leventhal & Glass, 1996), mida on leidnud vähihaigete puhul ka Voogt *et al.*, (2005). Negatiivne afektiivsus ja depressiooni sümptomid võivad esineda 98% kopsuvähki põdevatel patsientidel tuues kaasa nende elukvaliteedi languse (Fox & Lyon, 2006). Patsiendid, kellel esineb rohkem negatiivseid afekte, on rohkem rumineeritud ja katastrofiseeritud tuleviku suhtes (Segerstrom,

19 põhiväärtust on jagatud väärtuste mudelis neljaks kõrgemal asetsevaks ja üksteise suhtes ortogonaalselt paiknevaks dimensiooniks. Muutustele avatusega seotud väärtused (nt enesemääratlus, stimulatsioon) kirjeldavad valmisolekut uuteks ideedeks, tegudeks ja kogemusteks, vastandudes konservatiivsusega seotud väärtustele (nt Traditsioonid, Turvalisus, Konformsus), mis on seotud muutuste vältimise, piirangute ja käskudega. Eneseupitamisele suunatud väärtused (nt Võim, Saavutus) seavad esikohale inimese isiklikud huvid ning on vastuolus eneseületusega seotud väärtustega (nt Heasoovlikkus, Kõikehaaravus), mis seostuvad teiste huvide esikohale seadmisega. Hedonism, Alandlikkus ja Maine jagavad motivatsiooni mitme dimensiooniga (Schwartz, 2012).

Joonisel 1 kujutatud ringi ülaosas asuvad väärtused iseloomustavad enesearengut ja motiveerivad inimest siis, kui ta ei ole ärevust põhjustavates olukordades.

1. **Heasoovlikkus kui hoolimine** väärtusena keskendub lähedaste eest hoolitsemisele, ühiskonna heaolule, praktilistele ja emotsionaalsetele vajadustele. Oluline on sisegrupi usaldusväärseks liikmeks olemine.

2. **Heasoovlikkus kui sõltumine** keskendub usaldusväärsele ja lojaalsusele ning vajadusele teisi aidata. Oluline on pühendumine sisegrupi liikmete heaolule (Schwartz *et al.*, 2012).

Kõikehaaravus väärtusena peab oluliseks kõigile kehtivaid võrdseid õigusi (Schwartz *et al.*, 2012). Kõikehaaravus on jagatud kolmeks aladimensiooniks: loodus, sallivus ja hool.

3. **Kõikehaaravus- loodus** väärtuse eesmärk on looduskeskkonna säilitamine.

4. **Kõikehaaravus- sallivus** on väärtus, kus on tähtis mõista endast erinevaid elustiile ja uskumusi ehk aktsepteerida erinevusi.

5. **Kõikehaaravus- hool** väärtus eeldab, et tähtsaks peetakse kõikide inimeste võrdsust, õigust ja kaitset (Schwartz *et al.*, 2012).

Enesemääratlus kui väärtus tähendab iseseisvat mõtlemist ja tegutsemist ning tuleneb kontrolli ja autonoomsuse vajadusest (Schwartz *et al.*, 2001). Enesemääratlus jaguneb Mõtteks ja Teoks.

6. **Enesemääratlus- mõte** paigutub kõikehaaravuse dimensiooni lähedale ning seostub vabadusega arendada oma mõtteid ja ideid.

7. **Enesemääratlus- tegu** väärtusena on seotud stimulatsiooniga ning vabadusega otsustada oma tegevuse üle. Enesemääratluse alatüüpe nähakse kui motivatsiooni tegutsemiseks ning selles valdkonnas soovitakse saavutada täielik kompetentsus (Schwartz *et al.*, 2012).

8. **Stimulatsioon** kui väärtus peab oluliseks elus asetleidvat uudsust, põnevust ja väljakutseid. Stimulatsiooni väärtustav inimene soovib riskida ja põnevat elu elada (Schwartz *et al.*, 2001).

9. Hedonism kui väärtus tähendab naudinguid ja meeleliste vajaduste rahuldamist (Schwartz *et al.*, 2001).

Joonis 1 alaosas asuvad järgmised väärtused kaitsevad inimest ohu ja ärevuse eest (Schwartz *et al.*, 2012).

10. Saavutus kui väärtus on edukuse ja kompetentsi saavutamine vastavalt sotsiaalsetele ja kultuurilistele standarditele. Saavutusele orienteeritud inimese jaoks on oluline sotsiaalne heakskiit (Schwartz, 1992).

Võim kui väärtus on prestiiž, kõrge sotsiaalne staatus ja domineerimine inimeste ning ressursside üle (Schwartz, 1992). Võim keskendub üldisele olukorrale nagu rikkus ning võimu omamine. Võim on jagatud kolmeks: inimeste üle domineerimine, võim materiaalsete ja sotsiaalsete ressursside üle ning maine (Schwartz *et al.*, 2012).

11. Võim – domineerimine väärtusega sisaldab võimu teiste inimeste kontrollimise kaudu.

12. Võim – ressursid väärtusena sisaldab võimu sotsiaalsete ja materiaalsete ressursside omamise kaudu.

13. Maine väärtusena on häbi vältimine ning avalikku muljet hoitakse läbi turvalisuse ja võimu omamise (Schwartz *et al.*, 2012).

Turvalisus kui väärtus on stabiilsuse ja harmoonia taotlemine ühiskonnas ning suhetes ja iseendas. Turvalisus on jaotatud ühiskondlikuks ja personaalseks ehk isiklikuks turvalisuseks (Schwartz, 1992).

14. Personaalne ehk isikliku turvalisuse alla kuulub turvalisus oma lähimas keskkonnas.

15. Ühiskondliku turvalisuse alla kuuluvad riigi ja rahvuse turvalisus ning sotsiaalne stabiilsus ehk turvalisus ja stabiilsus laiemas keskkonnas (Schwartz *et al.*, 2012).

16. Traditsioon kui väärtus eeldab grupireeglitest kinni pidamist ja on sageli seotud religiooniga (Schwartz, 1992). Kultuuriti tähendab see lugupidamist, pühendumist, tagasihoidlikkust, tavade austamist ja enda koha aktsepteerimist elus (Schwartz, 1992).

Konformsus kui väärtus on reeglitest kinni pidamine, enesedistsipliin, viisakus ning austus vanemate suhtes (Schwartz, 1992). Konformsus jaguneb reegliteks (reeglitest ja seadustest kinni pidamine, seotud Turvalisusega) ja interpersonaalsuseks (teiste inimeste pahameele vältimine).

17. Konformsus – reeglid väärtusena tähendab nõusolekut reeglite, seaduste ja formaalsete kohutustustega.

18. Konformsus – interpersonaalne väärtusena tähendab teiste inimeste ärritamise või kahjustamise vältimist (Schwartz *et al.*, 2012).

19. Alandlikkus kui väärtus, siin tunnistatakse oma tähtsusetust suuremate plaanide kavandamises (Schwartz *et al.*, 2012).

Schwartz (1992) on leidnud, et tervisel on seos Turvalisuse, Hedonismi ja Saavutuse väärtustega. Hilisemalt on Schwartz (2012) märkinud, et tervis võib olla eraldiseisev väärtus, kuid selle tähendus on kultuuriti erinev ning Schwartzi ja kaasautorite (2012) poolt väljatöötatud uues küsimustikus (PVQ - R3) on seostatud tervist isikliku turvalisusega, kuid tervise mõõtmine ei olnud väärtuste puhul peamine eesmärk.

Raag (2015) uurides tervise ja väärtuste seoseid leidis, et Saavutus on seotud emotsionaalse tervise väärtustamisega ja vaimsel tervisel on oluline seos Stimulatsiooniga ning sarnaselt Schwartzile (1992) leidis kinnitust Hedonismi otsene seotus tervisega. Hedonistlik inimene naudib elu, sest sellega kaasnevad rõõm, meelelisus ja rahuldus (Schwartz *et al.*, 2001), mis tähendab, et inimene on terve, suudab neid väärtusi endale lubada ning on võimeline neid nautima.

Psühholoogia ja sotsiaalvaldkonnas vähihaigetega läbiviidud uuringud Eestis

Väärtuste ümberhindamise seoseid vähihaigete subjektiivse heaolu ja ärevustasemega on Tallinna Ülikoolis uurinud Krista Rüütel (2011). Poliitikauuringute Keskus Praxis poolt viidi Eesti Vähihüüdu tellimisel 2012. aastal läbi uuring, mille fookuses oli vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavaid tegureid (Paat-Ahi, Sikkut ja Veldre, 2013).

Tartu Ülikooli psühholoogiainstituudis on uurinud eesnäärmevähi diagnoosiga patsientide neurootilisuse, ekstravertsuse ja kohusetundlikkuse seoseid Neeme, Aavik, Aavik ja Punab (2015) ning seksuaaltervist Valgemäe (2012). Vähihüüdi elukvaliteeti ja seda mõjutavaid psühhosotsiaalseid tegureid Eestis on uurinud Tallinna Ülikoolis Vulp (2015) ja Vaikmäe (2015) Tartu Ülikooli Pärnu Kolledžist.

Töö eesmärk ja hüpoteesid

Autori töö eesmärk oli välja selgitada ja analüüsida erinevusi vähihaiguse üle elanud ning *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivse psühholoogilise heaolu, afektiivsuse ja personaalsete väärtuste vahel ning võrrelda, kui palju erinevad personaalse arenguga seotud väärtused vähihaiguse üle elanud ja vähihaigust mittepõdenud inimeste vahel. Emotsionaalsed seisundid mõjutavad haiguse teket ja kulgu (Linnamägi & Ainjärv, 2007) ning on tihedalt seotud vähi tekke või arengu ja autoimmuunhaigustega, kuid positiivsete

emotsioonide rollile füsioloogiliste parameetrite ja immuunsuse mõjutamises on pööratud vähe tähelepanu (Barak, 2006).

Koplin *et al.*, (2016) on leidnud käärsoole kartsinoomi (pahaloomuline kasvajaepiteeliaalsest koest) resektsioonijärgseid patsiente uurides seoseid negatiivse afektiivsuse ja elukvaliteedi vahel. Rinnavähi üle elanud patsientide uuringu tulemused positiivse ja negatiivse afektiivsuse mõjust füüsilisele ja emotsionaalsele toimetulekule näitasid 80% ulatuses positiivset afekti. Negatiivse afekti mõju ei olnud märkimisväärne (Holt *et al.*, 2011). Samas on väitnud Ambrona ja López-Pérez (2014), et positiivne ja negatiivne afektiivsus siiski mõjutavad füüsilist tervist, millest lähtuvalt on käesoleva töö autor püstitanud järgmised hüpoteesid:

1. *Prognosis pessima* vähihaiged patsiendid kogevad võrreldes vähihaiguse üle elanud patsientidega rohkem negatiivseid afekte.
2. *Prognosis pessima* vähihaigetel patsientidel esinevad seosed negatiivsete afektide ja subjektiivse heaolu vahel.
3. Vähihaiguse üle elanud patsientidel esinevad seosed positiivsete afektide ja subjektiivse heaolu vahel.

Alifrangis *et al.*, (2011), kes uuris halva vähidiagnoosi prognoosiga (*prognosis pessima*) patsientide haigusega kaasnevaid muutusi emotsionaalsetes ja psühholoogilistes seisundites ning elustiilis ja hoiakutes leidis, et kolmandik patsientidest märkisid muutusi finantsiga seotud hoiakutes, kus raha väärtus osutus väheoluliseks. Rüütel (2011) on vähihaigete personaalseid väärtusi retrospektiivselt uurides leidnud, et vähihaiguse üle elanud inimesed hindasid haiguskogemuse tõttu oma väärtused ümber. Haigestumiseelse perioodiga võrreldes oli väärtustest vähem tähtsust Võimul, Saavutustel ja Stimulatsioonil ning oluliseks osutusid Kõikehaaravus, Heasoovlikkus ja Hingelisus. Haigestumisele järgneval ajal osutusid oluliseks Kõikehaaravuse, Heasoovlikkuse ja Hingelisuse väärtustüübid ning vähemoluliseks Võimu, Saavutuse ja Stimulatsiooniga seotud väärtused. Arvestades eelpoolmainitud uuringutes leitud muutusi personaalsete väärtuste osas püstitas töö autor järgmise hüpoteesi:

4. *Prognosis pessima* vähihaigetel patsientidel ja vähihaiguse üle elanud patsientidel ilmnevad erinevused personaalsete väärtuste osas.

Viimase kümne aasta jooksul on uuringud tõestanud individuaalsete traumaatiliste ja eluohtlike kogemuste positiivset mõju, mis on tugevdanud elu väärtustamist ja sotsiaalseid suhteid ning süvendanud minatunnet ja eneseteadvust. Kaugelearenenud vähist tingitud läbielamistes tajutakse positiivseid tagajärgi ja antakse tähendus vähist saadud kogemustele (st isiklik areng/personaalne kasv) (Moreno & Stanton, 2013). Vaatamata keerulisele ravile on paljud vähihaiguse üle elanud inimesed öelnud, et see kogemus sundis neid tegema olulisi muutusi oma elus (National Cancer Institute, 2010).

Carpenter *et al.*, (1999) on kinnitanud, et rinnavähi üle elanud patsientidel, kes kirjeldasid seoses haigusega positiivseid individuaalseid muutusi, oli kõrgem enesehinnang, paremad oskused keskkonnaga kohanemisel, personaalne areng ja positiivsemad lähisuhted võrreldes samaealiste, vähki mittehaigestunud naistega.

Toetudes eelpool mainitud uuringutele, mis on kinnitanud haiguse positiivset mõju vähihaiguse üle elanud isikute enesehinnangule, heaolule ja personaalsele arengule, soovis autor oma töös välja selgitada erinevused arengut väljendavate personaalsete väärtuste osas vähihaiguse üle elanud ning vähihaigust mittepõdenud inimeste vahel püstitades hüpoteesi:

5. Vähihaiguse üle elanud ja vähihaigust mitte põdenud isikutel ilmnevad erinevused arengut väljendavate väärtuste osas.

Meetod

Valim

Uuringu sihtrühmadeks on SA PERH-i Järeldravi kliiniku III onkoloogia osakonna eesti keelt kõnelevad *prognosis pessima* (III, IV staadium) vähidiagnoosiga mees- ja naissoost patsiendid (vanemad kui 18 eluaastat) ning MTÜ Eesti Vähiliidu patsientide ühingu liikmed (vanemad kui 18 eluaastat), kes olid vähihaiguse üle elanud.

Küsitlus *prognosis pessima* vähihaigete patsientide seas viidi läbi ajavahemikul 2013-2017, milles osales 57 isikut (29 meest, 28 naist). Neist varasem vähidiagnoos oli pandud välja aastal 1988 ning hilisem diagnoos aastal 2016. *Prognosis pessima* 57 patsiendil oli kokku 30 erinevat vähidiagnoosi, 28 naispatsiendist esines enim rinna pk-d (edaspidi pahaloomuline kasvaja) 8-l juhul ja emakapiirkonna pk-d 4-l juhul ning 29 meespatsiendist esines diagnoosidest enim maokeha pk 5-l juhul, pärasoole pk 4-l juhul ja eesnäärme pk 3-l juhul. 28 *prognosis pessima* patsiendi haigusseisund olid jõudnud IV staadiumisse, 11 patsiendil III staadiumisse, 17 patsiendil oli haiguse staadium epikriisis raviarstide poolt määramata. *Prognosis pessima* patsiendid olid vanuses 21-86 eluaastat, keskmine vanus oli 63 eluaastat (mehed: $M = 64$, $SD = 13$; naised: $M = 63$, $SD = 14$).

26. 05. 17 seisuga on uuringus osalenud 57-st *prognosis pessima* patsiendist surnud 52 ning elus 5. Kõige lühem päevade arv ankeedi täitmise ja surmakuupäeva vahel oli 5 päeva.

Vähihaiguse üle elanud patsientide seas viidi läbi küsitlus ajavahemikul 2014- 2015, milles osales kokku 61 isikut (4 meest, 57 naist). Neist varasem vähidiagnoos oli pandud välja aastal 1977 ning hilisem diagnoos aastal 2014. Vähihaiguse üle elanud 61 patsiendil oli kokku 14 erinevat diagnoosi. 57 naistest vastanute seas oli enim diagnoositud rinna pk 22-l juhul, mao pk 5-l juhul, emakapiirkonna pk 5-l juhul.

Uuringus osalenud 4-st meesoost patsiendil oli diagnoositud eesnäärme pk 3-l juhul. Vähihaiguse üle elanud patsiendid olid vanuses 36-88 eluaastat, keskmine vanus oli 66 eluaastat (mehed: $M = 74$, $SD = 10.14$; naised: $M = 65$, $SD = 10.08$).

Kvaasigrupi (kindlate parameetrite alusel (tervis, vanus, sugu) valitud kontrollgrupp) moodustasid 86 Limesurvey internetikeskkonnas PVQ-3R küsimustiku täitnud isikut (56 meest, 30 naist) vanuses 41- 67 eluaastat, kelle keskmine vanus oli 49 (mehed: $M = 48$, $SD = 6$; naised: $M = 50$, $SD = 7$).

Mõõtevahendid

Personaalsete Väärtuste väljaselgitamise küsimustik (PVQ-3R)

Personaalsete Väärtuste väljaselgitamise küsimustik (Portrait Values Questionnaire Revised) põhineb Schwartzi parandatud ja uuendatud väärtuste teoorial (Schwartz *et al.*, 2012) ning on eestindatud Indrek Tart, Anu Realo ja Toivo Aaviku poolt 2012 aastal. PVQ-R3 koosneb 57 kolmandas isikus esitatud väidetest (nt "*Tema jaoks on oluline mõnusalt aega veeta.*"), mis mõõdavad, kuivõrd kirjeldatud inimene sarnaneb vastajale. PVQ küsimustikule on lisatud Aaviku ja Dobewalli (2017) poolt 7 tervise positiivset aspekti hindavat väidet, mis mõõdavad kehalist, vaimset, sotsiaalset ja emotsionaalset tervist.

Hinnang anti Likerti 6-pallisel skaalal (*1-pole üldse minu moodi; 6-väga minu moodi*). Tulemused tsentreeriti skaala kasutamise erinevuste elimineerimiseks ning iga skaala tulemusest lahutati isiku kõikide väärtuste keskmine. Väärtuste dimensioonide Cronbach'i α oli vahemikus (Stimulatsioon) .77 – (Enesemääratlus - tegu) 0.80, mille alusel võib väärtusi pidada aktsepteeritavaks.

Eluga rahulolu küsimustik (SWLS)

Eluga rahulolu küsimustik koosneb kahest osast. Esimene osa koosneb viiest üldisest küsimusest eluga rahulolu kohta (nt „*suuremalt jaolt on mu elu ideaalilähedane*“), millele

vastati 5-pallisel Likerti skaalal (1- ei ole üldse nõus, 5- olen täiesti nõus). Teise osa moodustavad 20 küsimust konkreetsete valdkondade kohta (nt tervis, elukoht), millele vastati samuti 5-pallisel Likerti skaalal (1- ei ole üldse rahul, 5- väga rahul). Rahuolu hindamisel läheb arvesse viis esimest väidet. Küsimustiku SWLS autorite (Diener *et al.*, 1985) sõnul on tegemist ühefaktorilise subjektiivse heaolu mõõtmise vahendiga, mis ei sisalda positiivset ega negatiivset afekti, vaid hindab subjektiivse heaolu kognitiivset komponenti. Küsimustiku adapteerijaks Eestis on Anu Realo. Käesoleva töö küsimustiku skaala sisereliaabluse koefitsient Cronbach'i α oli vahemikus .89 (nt valdkond perekond) – 0.9 (nt valdkond haridus), mille väärtuseid võib pidada heaks.

Negatiivsete ja Positiivsete Emotsioonide Skaala (NEPO-Y)

Negatiivsete ja Positiivsete Emotsioonide Skaala (NEPO-Y) eestindatud versiooni töötasid välja Jüri Allik ja Anu Realo (1997), skaala aluseks on PANAS-X (Watson & Clark, 1994). NEPO-Y sisaldab lisaks Üldise Negatiivse ja Positiivse emotsiooni skaaladele seitset alaskaalat, neist neli negatiivse emotsiooni alaskaalat on Jultumus, Mahajäetus, Väsimus ja Häbelikkus ning kolm positiivse emotsiooni alaskaalat on Ülemeelikus, Järjekindlus ja Kirg. Vastajal tuleb hinnata, mil määral on ta neid emotsioone kogenud paari viimase nädala jooksul. Hinnangu andmiseks valitakse üks variantidest: „väga vähe või üldse mitte“, „vähesel määral“, „mõõdukalt“, „suurel määral“ ning „äärmiselt või väga suurel määral“. Antud töös on sisereliaabluse koefitsient Cronbach'i α . vahemikus .90 (nt emotsioonide ärritatus, entusiastlik korral) - .91 (nt emotsioonide tige, vaimustuses korral), mida üldiselt peetakse väga heaks.

Protseduur

Käesolevas empiirilises kvantitatiivses uuringus osalejad täitsid 3 erinevat küsimustikku (Personaalsed Väärtuste väljaselgitamise küsimustik – PVQ-3R, Eluga rahulolu küsimustik – SWLS, Negatiivsete ja Positiivsete Emotsioonide Skaala -NEPO-Y) ja demograafiliste andmete (sugu, vanus, haridus, perekonnaseis jne) ankeedi. *Prognosis pessima* vähihaiged täitsid küsimustiku haiglasoleku ajal. Kõik patsiendid olid orienteeritud ajas, kohas, isikus ja situatsioonis, mis selgitati käesoleva töö autori poolt välja eelneva kliinilise intervjuu (Lisa 1) raames. Vähihaiguse üle elanud patsientide andmed koguti Vähiliidu poolt korraldatud suvelaagris Pärnus. Uuringus osalemine oli vabatahtlik ja anonüümne. Vastavalt Tartu

Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõutele täitsid uuringus osalejad eelnevalt informeeritud nõusoleku (Lisa 2).

Statistiline analüüs

Käesoleva empiirilise kvantitatiivse uuringu jaoks kogutud andmete analüüsimiseks kasutati statistilise andmetöötamise programmi RStudio (Versioon 0.98.1102). Kvantitatiivsete andmete keskmiste väärtuste leidmisel kasutati Student'i *t*-testi ning seoste leidmisel Spearmani korrelatsioonikordajat, kuna tunnused mida kasutati korrelatsioonanalüüsis, ei vastanud Pearsoni korrelatsioonikordaja kasutamise eeldustele. Normaalkaotuse väljaselgitamiseks viidi läbi Shapiro-Wilkes'i test neile tunnustele, mida võeti arvesse korrelatsiooni analüüsis. Tulemuste esitamisel on lähtutud olulisustõenäosusest $p < .05$. Küsimustike reliaablust on kontrollitud reliaablusanalüüsi teel (Cronbach's Alpha) valides olulisusnivooks $\alpha = .05$.

Tulemused

Esimene hüpotees: *prognosis pessima* diagnoosiga vähihaiged patsiendid kogevad vähihaiguse üle elanud patsientidega võrreldes rohkem negatiivseid afekte. Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi *t*-test (Tabel 1) NEPO-Y küsimustiku skooritud tulemustega. Võrreldi *prognosis pessima* patsientide ($N = 57$) negatiivse afektiivsuse skoori ($M = 21.9$, $SD = 8.5$) tulemusi ja keskmiseid väärtusi vähihaiguse üle elanud patsientide ($N = 61$) negatiivse skoori ($M = 17.2$, $SD = 8.8$) tulemustega, kontrolliti kahe valimi keskmiseid ning võrreldi saadud tulemustega (t -statistik = 2.93, $p = .004$, $df = 115.87$, keskmiste erinevus $M = 4.66$, st. erinevus -0.30).

T-testi tulemus näitas statistiliselt olulist erinevust ($p < .05$) *prognosis pessima* vähihaigete patsientide ja vähihaiguse üle elanud patsientide negatiivse NEPO-Y skoori keskmiste vahel, kus *prognosis pessima* patsientide keskmine negatiivse afektiivsuse skoor oli 21,9 ning vähihaiguse üle elanud patsientide keskmine negatiivse afektiivsuse skoor 17,2.

Tulemustest selgus, et *prognosis pessima* vähihaiged patsiendid kogevad vähihaiguse üle elanud patsientidega võrreldes rohkem negatiivseid afekte ning sellest tingitult leidis esimene hüpotees kinnitust.

Teine hüpotees: *prognosis pessima* vähihaigetel patsientidel esinevad seosed negatiivsete afektide ja subjektiivse heaolu vahel.

Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi Spearmani korrelatsioonanalüüs *prognosis pessima* patsientide ($N = 57$) negatiivse afektiivsuse ($M = 21.9$, $SD = 8.5$) ja subjektiivse heaolu skooritud tulemuste ($M = 16.1$, $SD = 8.5$) vahel. *Prognosis pessima* diagnoosiga patsientide negatiivse afektiivsuse normaaljaotuse väljaselgitamiseks kasutati Shapiro-Wilkes'i testi, mille tulemused ($W = 0.9480$, $p = .0160$) kinnitasid, et *prognosis pessima* diagnoosiga vähihaigete patsientide negatiivse afektiivsuse skoor ei ole normaaljaotusega. Selle tulemuse põhjal ei olnud õigustatud Pearsoni korrelatsioonikordaja leidmine, kuid järjepidevuse mõttes kontrolliti *prognosis pessima* patsientide subjektiivse heaolu kuulumist normaaljaotusesse kasutades Shapiro-Wilkesi testi. Tulemus ($W = 0.9690$, $p = .1504$) kinnitas, et valim on normaaljaotusest. Kuna üks muutujatest ei oma normaaljaotust, siis kasutati kahe tunnuse vaheliste seoste leidmiseks Spearmani korrelatsioonikordajat.

Spearmani korrelatsioonikordaja *prognosis pessima* vähihaigete patsientide negatiivse afektiivsuse skoori ja subjektiivse heaolu skoori vahel ($r_s = -0.17$, $p = .1922$) viitab kahe tunnuse vahelisele statistiliselt mitteolulisele seosele ($r_s < |0.2|$), mille põhjal võib järeldada, et hüpotees ei leidnud kinnitust.

Kolmas hüpotees: vähihaiguse üle elanud patsientidel esinevad seosed positiivsete afektide ja subjektiivse heaolu vahel.

Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi Spearmani korrelatsioonianalüüs. Sarnaselt eelmisele hüpoteesile viidi läbi Shapiro-Wilkes'i test normaaljaotuse kontrollimise eesmärgil nii positiivsete afektide kui subjektiivse heaolu skooridele. Shapiro-Wilkes'i testi tulemus positiivsete afektide skoorile ($W = 0.9484$, $p = .0121$) kinnitas, et antud tunnus ei ole normaaljaotusest. Subjektiivse heaolu Shapiro-Wilkes'i testi tulemus subjektiivse heaolu puhul ($W = 0.9150$, $p = .0004$) näitas, et tunnus ei ole normaaljaotusega. Vähihaiguse üle elanud patsientide positiivse afektiivsuse ($M = 24.5$, $SD = 10.8$) ja subjektiivse heaolu skoori ($M = 14.6$, $SD = 5.9$) Spearmani korrelatsioonikordaja ($r_s = .30$, $p = .0191$) tulemusest tingitult võib väita, et vähihaiguse üle elanud patsientidel ilmnevad statistiliselt nõrgad seosed positiivse afektiivsuse ja subjektiivse heaolu vahel. Seega leidis kolmas hüpotees kinnitust.

Neljas hüpotees: *prognosis pessima* vähihaigetel patsientidel ja vähihaiguse üle elanud patsientidel esineb erinevusi personaalsete väärtuste osas.

Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi *t*-test *prognosis pessima* ja vähihaiguse üle elanud patsientide väärtuste skooride vahel. Tabelis 2 esitletud tulemustest selgub, et statistiliselt erinevad skooride keskmised kahe valimigrupi puhul järgmistes aspektides: Enesemääratlus – mõte; Stimulatsioon, Saavutamine ning Heasoovlikkus – sõltumine. Kolmel esimesel juhul on *prognosis pessima* patsientide skoor väiksem ning viimasel juhul suurem võrreldes vähihaiguse üle elanud patsientidega. Tulemustest selgub, et kahe sihtgrupi personaalsete väärtuste vahel on kõige olulisem erinevus Heasoovlikkus – sõltumine vahel. Seega võib öelda, et neljas hüpotees leidis kinnitust. Kõikide väärtuste *t*-testi tulemused on ära toodud Lisas 3.

Tabel 2. Statistiliselt oluliselt erinevate keskmiste väärtused prognosis pessima vähihaigete patsientide ja vähihaiguse üle elanud patsientide personaalsete väärtuste osas.

Väärtused	t	df	p	M erinevus	SD erinevus
Enesemääratlus - mõte	-2.22	99.09	0.0289	-0.332	0.279
Stimulatsioon	-2.48	100.84	0.0150	-0.458	0.241
Saavutamine	-2.23	90.49	0.0282	-0.342	0.408
Heasoovlikkus- sõltumine	2.99	102.45	0.0035	0.289	0.049

Märkused: *prognosis pessima* patsiendid ($N = 57$); vähihaiguse üle elanud patsiendid ($N = 61$); *t*-statistik, df – vabadusastmete arv; $p < .05$; *M* – personaalsete väärtuste keskmised; *SD* – valimi personaalsete väärtuste standardhälve.

Viies hüpotees: vähihaiguse üle elanud patsientidele on arengut väljendavad väärtused olulisemad kui vähihaigust mitte põdenud inimestel.

Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi *t*-test (Tabel 3) vähihaiguse üle elanud patsientide ja kvaasigrupi arengut väljendavate personaalsete väärtuste skooride vahel.

Tabelis 3 esitatud tulemuste põhjal võib väita, et vähihaiguse üle elanud patsientide ($N = 61$) ja vähihaigust mitte põdenud isikute ($N = 86$) arengut väljendavate (Heasoovlikkus – sõltumine, Kõikehaaravus – loodus, Kõikehaaravus – sallivus) personaalsete väärtuste vahel ilmnemad statistiliselt erinevad seosed. Kõikehaaravus – loodus puhul on vähihaiguse üle elanud patsientide keskmine skoor võrdlusgrupist kõrgem. Teiste väärtuse (Kõikehaaravus –

sallivus, Heasoovlikkus – sõltumine) puhul madalam kui võrdlusgrupi keskmine skoor. Seega võib öelda, et viies hüpotees leidis kinnitust. Kõikide väärtuste *t*-testi tulemused on ära toodud Lisas 4.

Tabel 3. Statistiliselt oluliselt erinevate keskmistega väärtused vähihaiguse üle elanud patsientide ja vähihaigust mitte põdenud inimeste arengut väljendavate väärtuste vahel.

Väärtused	<i>t</i> -test			M erinevus	SD erinevus
	<i>t</i>	df	<i>p</i>		
Saavutamine	-2.52	113.44	0.0132	-0.281	-0.141
Võim - ressursid	-3.23	72.17	0.0018	-0.660	0.272
Turvalisus - ühiskondlik	2.23	96.64	0.0279	0.275	-0.016
Traditsioonid	2.82	128.76	0.0056	0.382	-0.274
Konformsus - interpersonaalne	3.48	116.92	0.0007	0.519	-0.199
Heasoovlikkus - sõltumine	-2.23	111.93	0.0276	-0.200	-0.089
Kõikehaaravus - loodus	2.29	110.43	0.0238	0.299	-0.184
Kõikehaaravus - sallivus	-2.02	111.06	0.0457	-0.222	-0.082
TURVALISUS.TERVIS.	2.20	106.96	0.0299	0.298	-0.087

Märkused: vähihaiguse üle elanud patsiendid ($N = 61$); vähihaigust mitte põdenud isikud ($N = 86$); *t*-statistik, df – vabadusastmete arv; $p < .05$; *M* – personaalsete väärtuste keskmine; *SD* – valimi personaalsete väärtuste standardhälve.

Arutelu

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida *prognosis pessima* vähihaigete ja vähihaiguse üle elanud patsientide subjektiivset heaolu, positiivse ja negatiivse afektiivsuse esinemist ning personaalseid väärtusi ja võrrelda erinevusi arengut väljendavates väärtustes haiguse üle elanud ning haigust mittepõdenud isikute vahel. Selle väljaselgitamiseks kaasati uuringusse Hiiu Järeldravi III onkoloogia osakonna 57 *prognosis pessima* vähihaiget patsienti vanuses 21-86 eluaastat ning vähihaiguse üle elanud MTÜ Eesti Vähiliidu patsientide ühingu 61 liiget vanuses 36-88 eluaastat. Kõik osalejad täitsid subjektiivset heaolu (SWLS), afektiivsust (NEPO-Y) ja personaalseid väärtusi (PVQ-3R) mõõtvad küsimustikud. Personaalset arengut väljendavate erinevuste väljaselgitamiseks vähihaiguse üle elanud ja haigust mittepõdenud isikute vahel kaasati 86 liikmeline kvaasgrupp vanuses 41- 67 eluaastat, kes täitsid PVQ-3R küsimustiku Limesurvey internetikeskkonnas. Tulemused näitasid valdavalt erinevusi nii

personaalsete väärtuste, subjektiivse heaolu kui afektiivsuse ehk emotsionaalsete seisundite osas.

Emotsionaalsed seisundid mõjutavad Linnamäe ja Ainjärve (2007) väitel autoimmuunhaiguste, kaasaarvatud vähihaiguste tekke põhjusi ja arengut. Varasemates uuringutes on Voogt *et al.*, (2005) leidnud, et positiivsete ja negatiivsete mõjude eristamine kaugelearenenud vähihaiguse puhul aitab paremini mõista haigete psühholoogilist stressi ning vähesest positiivse afektiivsuse mõjust tingitud ärevust ja depressiooni. Selle põhjal võib väita, et haiguse ajal kogetud negatiivne afektiivsus võib mõjutada remissioonis vähihaigete emotsionaalset heaolu. Arvestades emotsionaalsete seisundite ehk afektide olulisust üldises tervislikus seisundis, psühholoogilises heaolus ja haigusega toimetuleku osas eeldas töö autor esimeses hüpoteesis, et *prognosis pessima* vähihaiged patsiendid kogevad võrreldes vähihaiguse üle elanud patsientidega rohkem negatiivseid afekte. Kuna *prognosis pessima* vähihaigete patsientide keskmise negatiivse afektiivsuse skoor oli 21,8 ning vähihaiguse üle elanud patsientide keskmine negatiivne skoor 17,2, siis hüpotees leidis kinnitust sarnaselt Foxi ja Lyoni (2006) tulemusele, kus kõrget negatiivset afektiivsust raporteeris 98% kopsuvähki põdevatest patsientidest.

Teise hüpoteesi eesmärk oli uurida *prognosis pessima* vähihaigetel patsientidel esinevaid seoseid negatiivse afektiivsuse ja subjektiivse heaolu vahel, sest vähihaigete uskumuste hulka kuulub arusaam, et nad Spiegeli (2004) järgi võivad mõjutada haiguse kulgu ja tulemusi, mistõttu haigus võib tuua kaasa muutusi nende psühholoogilises seisundis ning emotsionaalne heaolu mõjutada vähi kulgu. Enamikul juhtudel Dieneri ja Chani (2011) väitel on meil ainult algeline arusaam sellest, kuidas subjektiivse heaolu mõisted omavahel kattuvad või on otseselt tervisega seotud. Wilsoni *et al.*, (2003) sõnul on kõrge ja sissepoole suunatud negatiivse afektiivsusega inimestel peaaegu kaks korda suurem tõenäosus surra kui neil, kelle negatiivse afektiivsuse tase on madal. Negatiivne afektiivsus mõjutab füüsilist tervist (Ambrona & López-Pérez, 2014) ning Salomé, *et al.*, (2015) järgi ka vähihaigete subjektiivset heaolu, mis leidis kinnitust stoomipatsientidega läbiviidud uuringus.

Pressmani ja Coheni (2005) väitel on populaarseks saanud hüpotees, et positiivse afektiivsuse kogemise tulemusel eluohtlikku haigust põdevatel inimestel eluiga pikeneb, kuid samas on suhteliselt vähe uuritud, kui suure tõenäosusega kõrge positiivse afektiivsusega kroonilised haiged ellu jäävad. Kuna eelpoolmainitud autorid on leidnud, et varases staadiumis rinnavähi

puhul võib patsientidel positiivsest afektiivsusest kasu olla, siis eeldatavalt võiks see tõsta nende subjektiivset heaolu. Mõõtes subjektiivse heaolu ja afektiivsuse seoseid tavapopulatsioonil leidsid Galinha & Pais-Ribeiro (2011), et oluliseks osutusid subjektiivse heaolu puhul meeleoluga seotud muutujad. Vähihaigete subjektiivset heaolu uurides leidis Devins *et al.*, (2015), et seda ohustavateks faktoriteks on hirm haiguse tagasituleku ja meeldivate sotsiaalsete suhete kaotamise ees ning haigete stereotüüpne suhtumine oma haigusesse. Sellest tingitult püüavad vähihaiged sageli oma subjektiivset heaolu kaitstes sotsiaalsetest suhetest distantseeruda. Käesoleva töö autor oma uuringu tulemusel olulist seost *prognosis pessima* patsientidel negatiivsete afektide ja subjektiivse heaolu vahel paraku ei leidnud, kuid arvestades teema olulisust, võiks see sihtgrupp tulevikus selles valdkonnas enam uuritud olla.

Kolmas hüpotees eeldas, et vähihaiguse üle elanud patsientidel ilmnevad seosed positiivse afektiivsuse ja subjektiivse heaolu vahel, kuid seosed kahe muutuja vahel osutusid statistiliselt nõrgaks. Positiivse afektiivsuse ja subjektiivse heaolu vahelise skoori korrelatsioonikordaja ($r_s = .30$) viitab tulemusele, et vähihaiguse üle elanud patsientidel ilmnevad nõrgad seosed positiivse afektiivsuse ja subjektiivse heaolu vahel ning seega ei avalda positiivne afektiivsus subjektiivsele heaolule märkimisväärtset mõju.

Kuigi Bellizzi ja Blanki (2007) uuringus osalenud eesnäärmevähi üle elanud patsiendid (positiivse afektiivsuse skoor PANAS- skaalal 34,3, $SD = 7.2$), Holti *et al.*, (2011) uuringus 80% rinnavähi üle elanud patsientidest ja Salomé *et al.*, (2015) uuritud stoomipatsientidest 61.40% kinnitasid positiivsete afektide mõju subjektiivsele heaolule, siis Tessieri *et al.*, (2017) poolt läbiviidud rinnavähi üle elanud patsientide subjektiivse heaolu longituuduuringu käigus (osalejad täitsid SWLS küsimustiku kolmel korral- kaks kuud pärast diagnoosi saamist oli skoor 24.10 ($SD = 7.13$), aasta hiljem 23.6 ($SD = 6.9$) ning kaks aastat hiljem 23.5 ($SD = 6.9$)) saadi tulemus, mis viitab aja möödudes hoopiski subjektiivse heaolu halvenemisele.

Viimastel aastakümnetel on Moreno ja Stanton (2013) järgi paljud uuringud tõestanud individuaalsete traumaatiliste ja eluohtlike kogemuste positiivset mõju, mis on tugevdanud elu väärtustamist ja sotsiaalseid suhteid ning süvendanud minatunnet ja eneseteadvust. Just seetõttu tajutakse kaugelearenenud vähist tingitud läbielamistes positiivseid tagajärgi andes olulise tähenduse vähist saadud kogemustele (st isiklik areng/personaalne kasv). Vaatamata keerulisele ravile on paljud vähihaiguse üle elanud inimesed öelnud, et see kogemus sundis

neid tegema olulisi muutusi oma elus (National Cancer Institute, 2010). Belec (1992) väitel ligikaudu 90% luuüdi siirdamise tagajärjel ellujäänud vähihaigetest on nimetanud oma haiguskogemust positiivseks ning hinnanud ümber oma prioriteedid ja eluväärtused.

Alifrangis *et al.*, (2011), kes uuris halva vähidiagnoosi prognoosiga (*prognosis pessima*) patsientide haigusega kaasnevaid emotsionaalseid seisundeid ja psühholoogilisi hoiakuid, leidis muutusi suhtumises finantsiga seotud väärtustes, kus raha tähtsus oli muutunud väheoluliseks. Sarnaselt eelnevale uuringule on Rüütel (2011) leidnud, et vähihaiguse üle elanud inimesed hindasid haiguskogemuse tõttu oma väärtused ümber, kus vähem tähtsust omistati Võimule, Saavutustele ja Stimulatsioonile ning esile toodi Kõikehaaravus ja Heasoovlikkus. Fegg, Wassner, Neudert ja Borasio (2005) uurides vähihaigete personaalseid väärtusi järjestasid oma uuringu tulemusel need järgmiselt: Heasoovlikkus, Enesemääratlus, Universaalsus, Turvalisus, Konformsus, Traditsioonid, Hedonism, Stimulatsioon, Saavutused ja Võim. Eneseületamisega seotud väärtused olid tunduvalt olulisemad eneseupitamisega seotud väärtustest. 63.5% vastanutest hindasid oluliseks Konservatiivsust (konformsus, turvalisus, traditsioon) ja 36.5% hindasid oluliseks Avatus muutustele (enesemääratlus, stimulatsioon) alla kuuluvaid väärtusi.

Tuginedes eelpoolloetletud uuringutele püüdis käesoleva töö autor neljanda hüpoteesina leida erinevusi *prognosis pessima* vähihaigete patsientide ja vähihaiguse üle elanud patsientide personaalsete väärtuste osas. Olulisemad erinevused kahe valimigrupi puhul ilmnasid järgmiste väärtuste puhul: Enesemääratlus – mõte, Stimulatsioon, Saavutus ning Heasoovlikkus – sõltumine. *Prognosis pessima* patsientide jaoks võrreldes vähihaiguse üle elanud patsientidega oli olulisemaks väärtuseks Heasoovlikkus – sõltumine ning väheolulised Enesemääratlus- mõte ja Saavutused. Heasoovlikkust kui olulist personaalset väärtust vähihaigete puhul on oma uuringutes kinnitanud ka Fegg *et al.*, (2005) ja Rüütli (2011). Sarnaselt Rüütli (2011) poolt saadud tulemustele oli käesoleva töö autori tulemused sarnased vähihaigete jaoks vähemoluliste väärtuste, Saavutused ja Stimulatsioon, osas. Vähidiagnoosiga palliatiivravi patsientide jaoks, kellest enamuse moodustavad halva prognoosiga surevad vähihaiged, ei tundu Feggi *et al.*, (2005) sõnul väljakutsed, prestiiž, domineerimine või isiklik edu olevat elus olulised, kuid soovitakse suurendada sõprade, sugulaste ja teiste inimeste heaolu.

Viienda hüpoteesiga eeldas käesoleva töö autor, et vähihaiguse üle elanud patsientidele on arengut väljendavad väärtused olulisemad kui vähihaigust mitte põdenud inimestel.

Bilsky ja Schwartz (1994) klassifitseerisid peamisteks arenguks vajalikeks väärtusteks Enesejuhtimise, Kõikehaaravuse, Heasoovlikkuse, Saavutused ja Stimulatsiooni ning arengut motiveerivateks väärtusteks Avatus muutustele ja Eneseületamise.

Käesoleva töö autor leidis, et vähihaiguse üle elanud patsientide ja vähihaigust mitte põdenud isikute vahel on erinevused selliste arengut väljendavate väärtuste vahel nagu Heasoovlikkus – sõltumine, Kõikehaaravus – loodus ja Kõikehaaravus – sallivus. Vähihaiguse üle elanud patsientide jaoks oli olulisemaks väärtuseks võrreldes vähihaigust mitte põdenud isikutega Kõikehaaravus – loodus, mille puhul seda väärtust oluliseks pidavate inimeste jaoks on oluline looduskeskkonna säilitamine. Praktilisest kogemusest ja koostööst vähihaiguse üle elanud patsientidega võib käesoleva töö autor öelda, et vähihaiguse üle elanud inimesed on aktiivsed osalema tervisele suunatud üritustel ning paljud neist on võtnud endile kogemusnõustaja rolli. Seega aitavad vähihaiguse üle elanud patsiendid oma haigusest saadud positiivsete kogemustega kohaneda vähidiagnoosiga saatusekaaslastel nii isikliku elu kui raviga seotud valdkondades.

Uurimustöö tugevused ja piirangud

Käesoleva uurimustöö üheks tugevamaks argumendiks oli *prognosis pessima* vähidiagnoosiga patsientide kaasamise võimalus, sest Eestis ei ole teadaolevalt selles staadiumis vähihaigete patsientide subjektiivset heaolu, afektiivsust ja personaalseid väärtusi varem uuritud ning see annab omakorda põhjust seda sihtgruppi tuleviku väljavaateid arvestades võimalusel edasi uurida. Teiseks tugevaks argumendiks on käesoleva uurimustöö tulemused, mis langevad kokku teiste autorite samalaadsel teemal läbiviidud uuringute tulemustega, millest võib olla praktilist kasu vähihaigusega kokkupuutuvatele isikutele.

Ühe piiranguna võib välja tuua *prognosis pessima* vähihaigete patsientide vähese psüühilise kui füüsilise jõudluse ning äärmise haavatavuse, mis oluliselt piiras osalejate arvu. Teisena võib välja tuua fakti, et uuringus osalenud võisid olla mõjutatud hetkeolukorrast ja meeleolust, mis võivad nende poolt ankeetereemise käigus antud vastuseid mõjutada. Samuti võis vastajatel ilmnedu sotsiaalset soovitatavust ning näidata ennast mõnes valdkonnas paremana. Kolmandana võib tuua välja vähihaiguse üle elanud meeste vähest osakaalu valimis, mistõttu ei olnud võimalik tuua käesolevas töös välja uuritavaid tunnuseid sooliste erinevuste kaudu.

Järeldused

Tulemuste põhjal võib väita, et erinevates seisundites vähihaiged tajuvad haigusest tingitud muutusi oma afektide kogemises, subjektiivses heaolus ja personaalsete väärtuste osas ning oluliseks osutuvad pärast tervenemist arengut väljendavad väärtused. Arengut väljendavate väärtuste olulisust on kinnitanud paljud erinevad uuringud, millest olulisemate uuringute tulemused kinnitavad ka käesoleva töö autori tulemusi, millest omakorda võib järeldada, et vähihaigus, kui traumaatiline sündmus, toetab sellega seotud isikute arengut personaalsete väärtuste osas. Tuginedes Tessieri *et al.*, (2017) poolt läbiviidud rinnavähi üle elanud patsientide subjektiivse heaolu uuringule, ei saa kindlalt väita, et vähihaigete positiivne afektiivsus ja heaolu haiguse remissioonis on kestva mõjuga ning selle mõju subjektiivsele heaolule väheoluline. Seetõttu vajaks see teema tulevikuväljavaateid arvestades edasist uurimist sarnaselt Alifrangise *et al.*, (2011) tähelepanukule, kus on viidatud faktille, et enamus vähihaigete elumuutuste uuringute eesmärgiks on olnud haigusega kaasnenud positiivsed muutused. Negatiivsed muutused on jäänud teisejärguliseks uurimisobjektiks ning võiksid tulevikus olla rohkem uuringute huviorbiiti võetud, et saadud teaduspõhised tulemused võiksid toetada vähihaigusega seotud isikutel olukorraga efektiivsemat kohanemist.

Tänuõnad

Eriline tänu *im memoriam* uuringus osalenud *prognosis pessima* vähihaigetele patsientidele, kes andsid uuringus osalemise kaudu oma viimastel elupäevadel panuse teaduse edendamisesse. Tänan MTÜ Eesti Vähiliitu ja tema patsientide ühingu liikmeid meeldiva koostöö eest. Suur tänu juhendaja Toivo Aavikule motiveeriva toetuse ja kannatlikkuse eest.

Autorsuse kinnitus

Kinnitan, et olen koostanud ise käesoleva lõputöö ning toonud korrektselt välja teiste autorite ja toetaja panused. Töö on koostatud lähtudes Tartu Ülikooli haridusteaduste instituudi lõputöö nõuetest ning on kooskõlas heade akadeemiliste tavadega.

Allkiri.....

Kuupäev.....

Viited

- Aavik, A. & Dobewall, H. (2017). Where is the Location of „Health“ in the Human System? *Evidence from Estonia. Social Indicators Research, 131*(3), 1145-1162.
- Alifrangis, C., Koizia, L., Rosario, A., Rodney, S., Harrington, M., Somerville, C., Peplow, T. & Waxman, J. (2011). The experiences of cancer patients. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians, 104*(12), 1075–1081.
- Allik, J. & Realo, A. (1997). Emotional experience and its relation to the Five-Factor Model in Estonian. *Journal of Personality, 65*(3), 625-647.
- Ambrona, T. & López-Pérez, B. (2014). A Longitudinal Analysis of the Relationship between Positive and Negative Affect and Health. *Psychology, 5*(8), 859-863.
- Barak Y. (2006). The immune system and happiness. *Autoimmunity Reviews, 5*(8), 523–527.
- Bazaliński D., Sałacińska I., Więch P. & Kózka M. (2014). Life satisfaction and self-efficacy in patients with stoma. *Progress in Health Sciences, 4*(2), 22-30.
- Belec, R. H. (1992). Quality of life: Perceptions of long-term survivors of bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum, 19*(1), 31–37.
- Bellizzi, K. M. & Blank. T.O. (2007). Cancer-related identity and positive affect in survivors of prostate cancer. *Journal of cancer survivorship: research and practice, 1*(1), 44–48.
- Bellizzi, K. M., Miller, M. F., Arora, N. K. & Rowland, J.H. (2007). Positive and Negative Life Changes Experienced by Survivors of Non-Hodgkin's Lymphoma. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine, 34*(2), 188-199.
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *International journal of aging & human development, 58*(4), 267-87.

- Bilsky, W., & Schwartz, S. H. (1994). Values and personality. *European Journal of Personality*, 8, 163-181.
- Brave, S. & Nass, C. (2007). Emotion in human-computer interaction. Raamatust Sears, A. & Jacko, J.A. (toim-d). *The Human-Computer Interaction Handbook: Fundamentals, Evolving Technologies and Emerging Applications*, 77–92. Taylor and Francis Group.
- Campbell, A., Converse, P.E. & Rodgers, W.L. (1976). *The Quality of American Life*. Russell Sage Foundation. New York.
- Cancer Research UK. (2013). Cancer Reseach UK koduleht.
(<http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide>
cancer 07.01. 17)
- Carpenter, J. S., Brockopp, D.Y. & Andrykowski, M. A.(1999). Self-transformation as a factor in the self-esteem and well-being of breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1402-1411.
- Cohen, S. & Pressman, S.D. (2006). Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Coyne, J. C., Pajak, T. F., Harris, J., Konski, A., Movsas, B., Ang, K., Bruner, D. W. (2007). Emotional well-being does not predict survival in head and neck cancer patients. *Cancer*, 110(11), 2568 – 2575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Larsen, R., J., Levine, S. & Emmons, R. A. (1985). Intensity and Frequency: Dimensions Underlying Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1253-1265.

- Diener, E. & Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653-663.
- Diener, E. & Chan, M. Y. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Devins, G.M., Wong, J.C., Payne, A.Y.M., Lebel, S., Lee, R.N.F., Mah, K., Irish, J. & Rodin, G. (2015). Distancing, self-esteem, and subjective well-being in head and neck cancer. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1506–1513.
- Dolan, P., Peasgood, T., White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94-122.
- Eesti Vähiliit MTÜ. (2017). Eesti Vähiliit MTÜ koduleht.
(<http://cancer.ee/statistika/> 07. 01. 2017)
- Fegg, M., Wassner, M., Neudert, C. & Borasio, G. D. (2005). Personal Values and Individual Quality of Life in Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(2), 154 – 159.
- Fox, S. & Lyon, D.E. (2006). Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33(5), 931-6.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(1), 34–53.
doi:10.5502/ijw.v2i1.3
- Haslam, N., Whelan, J. & Bastian, B. (2009). Big Five traits mediate associations between values and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 40-42.

- Hirsch, J.K., Floyd, A.R. & Duberstein, P. R. (2012). Perceived health in lung cancer patients: the role of positive and negative affect. *Quality of life research*, 21(2), 187-194.
- Holt, C. L., Wang, M. Q., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V. & Southward, V.L. (2011). Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: testing a mediational model. *Journal of behavioral medicine*, 34(6), 437–448.
- Koplin, G., Müller, V., Heise, G., Pratschke, J., Schwenk, W. & Haase, O. (2016). Effects of psychological interventions and patients' affect on short- term quality of life in patients undergoing colorectal surgery. *Cancer medicine*, 5(7), 1502–1509.
- Kunzmann, U., Little, T.D. & Smith J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. *Psychology and Aging*, 15(3), 511–526.
- Kuppens, P., Realo, A. & Diener, E., (2008). The role of positive and negative emotions in life satisfaction judgment across nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 6675.
- Labotkin, R. & Suija, H. (1999). Psühhoonkoloogia ehk psühhosotsiaalne onkoloogia. *Eesti Arst*, 4(6), 335-339.
- Leventhal, E.A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H. & Glass, D.C. (1996). Negative affect and self-report of physical symptoms: Two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology*, 15(3), 193–199.
- Linnamägi, Ü. & Ainjärv, H. (2007). Õnnetunne ja immunsüsteem. *Eesti Arst*, 86(1), 31–34.
- Medical prognosis. (2012). SURVINAT koduleht.
(<http://survinat.com/2012/05/medical-prognosis/> 30.01.17)
- Moreno, P.I. & Stanton, A. L. (2013). Personal growth during the experience of advanced cancer: a systematic review. *Cancer Journal*. 19(5), 421-430.

Neeme, M., Aavik, A., Aavik, T. & Punab, M. (2015). Personality and Utilization of Prostate Cancer Testing. Evidence for the Influence of Neuroticism and Conscientiousness. *SAGE Open*, 1-7. <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244015593324>

Nicholas, D. R. (2013). On Being a Psycho-Oncologist: A Counseling Psychology Perspective. *The Counseling Psychologist*, 41(2), 186-215.

Paat-Ahi, G., Sikkut, R., Veldre, V. (2013). Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad tegurid. Uuringuaruanne. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Pahaloomulised kasvaja 2013. (2016). Tervise Arengu Instituudi koduleht.
(<http://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringuteandmebaas/uuendused/3686-pahaloomulised-kasvajad-2013> 30.01. 17)

Palliative Care. (2017). World Health Organization. Koduleht.
(<http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/en/> 21. 01. 2017)

Pressman, S.D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131(6), 925–971.

Psühhiaatrikliinik. (2017). Tartu Ülikooli Kliinikumi koduleht.
<http://www.kliinikum.ee/psyhhaatrikliinik/lisad/ravi/ph/00psychhopatol.htm>
12. 05. 2017).

Raag, K. (2015). *Personaalsete väärtuste seosed tervisega seotid heaoluga: rahvusvaheliste andmete analüüs*. Publitseerimata uurimistöö. Psühholoogia instituut. Tartu Ülikool.

Realo, A. (2008). Õnne valem.
(<http://www.sirp.ee/s1-artiklid/c9-sotsiaalia/nnevalem-2/> 12.11.17)

Riiklik vähistrateegia aastateks 2007-2015. (2007). Sotsiaalministeeriumi koduleht. (<http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/125> 30. 01. 17)

Rüütel, K. (2011). *Väärtuste ümberhindamise seosed vähihaigete subjektiivse heaolu ja ärevustasemega*. Publitseerimata magistritöö. Tallinna Ülikool.

Sagiv, L., & Schwartz, S. H. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology*, 30(2), 177–198.

Salomé, G.M., Almeida, S.A., Mendes, B., Carvalho, M., R., F., Massahud jun M., R. (2015). Assessment of subjective well-being and quality of life in patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology*, 35(3), 168-174.

Sauer, W. J., & Warland, R. (1982). Morale and life satisfaction. Mangen, D. J. ja Peterson W. A. (toim-d). *Research instruments in social gerontology: Clinical and social psychology*, 195-240.

Schwartz, S. H. (2012). An Overview of the Schwartz Theory of Basic Values. Online Readings in Psychology and Culture, 2(1). <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1116>

Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., Ramos, A., Verkasalo, M., Lönnqvist, J.-E., Demirutku, K. & Dirilen-Gumus, O. (2012). Refining the Theory of Basic Individual Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(4), 663– 688.

Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., Harris, M. & Owens, V. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5), 519-542.

Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 25. (pp. 1–65), San Diego, CA: Academic Press.

- Segerstrom, S.C., Tsao, J. C. I., Alden, L.E. & Craske, M.G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 671–688.
- Silva, S.M., Crespo, C. & Canavarro, M.C. (2012). Pathways for psychological adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323–1341.
- Spiegel D. (2004). Commentary on “Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time and mortality in cancer patients” by Geir Smedslund and Gerd Inger Ringdal. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 133–135.
- Stephoe, A., Deaton, A. & Stone, A.A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640 – 648.
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (2017). Stoomihooldus.
(www.kliinikum.ee/attachments/article/118/stoomihooldus.pdf 25. 01. 17)
- Tessier, P., Blanchin, M. & Sébille, V. (2017). Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer patients. *Social Science & Medicine*, 174, 96–10.
- Tessier, P., Lelorain, S. & Bonnaud-Antignac, A. (2012). A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 21(5), 692–700.
- Thomson, S.C. & Pitts, J. (2010). Factors relating to a person’s ability to find meaning after a diagnosis of cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(3), 1-21.
- Tiisma, M.L. (2010). *Isiksus ja elukäik. Kas enda tajutud isiksuseomadused on seotud elukäigu kirjeldustega*. Publitseerimata magistritöö. Tartu Ülikool.
- Uchitomi, Y.(1999). Psycho-Oncology in Japan: History, Current Problems and Future Aspect. *Japanese journal of clinical oncology*, 29(9), 411-412.

- Vaikmäe, K. (2015). Vähihaigete sotsiaalne toimetulek MTÜ Võrumaa vähihaigete ühenduse liikmete näitel. *Publitseerimata lõputöö*. Tartu Ülikool. Pärnu kolledž.
- Valgemäe, E. (2012). Eesnäärme probleemid meestel on seotud alanenud ihaga. *Seminaritöö*. Psühholoogiainstituut. Tartu Ülikool.
- Valvere, V. (2016). Kaasaegse vähiravi põhimeetodid ja raviga kaasnevad sagedasemad kõrvaltoimed. Tervikliku tervishoiu koostöökonverents „Võimalused onkoloogias“. Tallinn, juuni.
- VanderZee, K. I., Buunk, B.P., DeRuiter, J.H., Tempelaar, R., VanSonderen, E. & Robbert Sanderman, R. (2010). Social Comparison and the Subjective Well-Being of Cancer Patients. *Basic and Applied Social Psychology*, 18(4), 453- 468.
- Voogt, A., van der Heide, A., van Leeuwen, A.F., Visser, A.P., Cleiren, M.P. H. D., Passchier, J. & van der Maas, P.J. (2005). Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 14(4), 262–273.
- Vulp, V. (2015). Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad psühhosotsiaalsed tegurid. *Publitseerimata bakalaureusetöö*. Tallinna Ülikool.
- Watson, D., & Clark, L.A. (1994). *The PANAS-X manual for the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded form*. Des Moines: University of Iowa Press.
http://ir.uiowa.edu/psychology_pubs/11
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.
- Wilson, R.S., Bienias, J.L., Mendes de Leon, C.F., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2003). Negative affect and mortality in older persons. *American Journal of Epidemiology*, 158(9), 827–835.

WHO. World Health Organization. (2017). Koduleht <http://www.who.int/cancer/en/> 30.01.17).

WHO. (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013> 12. 05. 2017).

LISA 1

Kliiniline intervjuu (Tartu Ülikooli Kliinikum)

1. Objektiivsed andmed.

Demograafilised andmed, tervise, abielu ja perekonna andmed, haridustee, töötamine.

2. Praegune olukord:

a. Pöördumise põhjus: miks just praegu.

b. Suitsiidirisk.

c. Prognoos: varasem reageerimine ravile.

3. Patsiendi tugevad küljed, kohanemistase, toimetuleku strateegiad.

4. Kujunemislugu:

a. Sünn ja areng.

b. Sotsiaalne ja seksuaalne areng.

c. Isiku elu ja perekonnalugu.

d. Psühhopaatoloogia perekonnas.

5. Sotsiaalne toetus.

6. Huvialad ja puhkamisviisid.

7. Enesekirjeldus.

8. Ettekujutus tulevikust. Soovitav eesmärgid.

9. Veel midagi, millest patsient tahaks rääkida.

LISA 2

Patsiendi informeerimise ja teadliku nõusoleku leht

Töö teema: Tervise paiknemine uuendatud baasväärtuste mudelis ja selle mudeli mitmedimensionaaluse testimine.

Informatsioon uuritavale: Teid kutsutakse osalema teaduslikus uuringus

„Tervise paiknemine uuendatud baasväärtuste mudelis ja selle mudeli mitmedimensionaaluse testimine”. Töö eesmärgiks on uurida neid inimestele olulisi väärtusi, mis juhivad nende tervisega seotud otsustusi elus.

Uuringusse kaasatakse PERHi (Hiiu Järeldravi kliiniku ja MTÜ Eesti Vähiliit) patsiendid.

Kõigil uuritavatel palutakse täita erinevad küsimustikud:

- personaalsete väärtuste (mis on inimesele elus oluline)
- tervisekäitumise (milliseid tegevusi tehakse tervise nimel)
- tervisliku seisundi ülevaade (üldine hinnang oma tervisele)
- olemasolevad haigused
- eluga rahulolu
- emotsioonide tundmine

Uuringust osavõtmine on täiesti vabatahtlik ja Teie loobumine uuringust ei mõjuta Teie edaspidist ravi ega suhteid arstiga.

Kogu meile uuringu käigus usaldatud informatsioon on täiesti konfidentsiaalne. Mitte kuskil uuringu käigus ei küsita Teie nime ja tulemused ei ole hiljem mitte kuidagi seostatavad Teie isikuga. Paber kandjal kogutud andmed hävitatakse koheselt kui nad on digitaliseeritud.

Andmebaase hoitakse turvalises psych.ut.ee serveris ja neid hoitakse alles kuni projekti lõpuni 2015 a või kui selle põhjal valmivad artiklid pole veel valmis, siis kuni 5 a kogumise ajast.

Mind, (ees- ja perekonnanimi)....., on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast ning kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni:

Toivo Aavik, TÜ Psühholoogia Instituut, Näituse 2, Tartu,

tel: 7 376 365, e-mail: toivo.aavik@ut.ee

Uuritava allkiri: Kuupäev, kuu, aasta.....

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri:

.....

LISA 3

Tabel 4. *Prognosis pessima* vähihaigete patsientide ja vähihaiguse üle elanud patsientide erinevused personaalsete väärtuste osas.

Väärtused	<i>t</i> -test			M	SD
	t	df	p	erinevus	erinevus
Enesemääratlus - mõte	-2.22	99.09	0.0289	-0.332	0.279
Enesemääratlus - tegu	0.50	102.61	0.6197	0.067	0.076
Stimulatsioon	-2.48	100.84	0.0150	-0.458	0.241
Hedonism	-0.09	92.07	0.9285	-0.019	-0.106
Saavutamine	-2.23	90.49	0.0282	-0.342	0.408
Võim - juhtimine	-1.70	102.53	0.0919	-0.362	0.073
Võim - ressursid	-0.76	96.71	0.4519	-0.186	0.083
Maine	0.97	99.66	0.3322	0.150	0.109
Turvalisus - personaalne	1.63	102.20	0.1956	0.208	0.056
Turvalisus - ühiskondlik	1.23	100.73	0.2232	0.173	0.900
Traditsioonid	-0.29	97.99	0.7742	-0.045	0.291
Konformsus - reeglid	0.28	100.36	0.7799	0.048	-0.033
Konformsus - interpesonaalne	0.96	101.90	0.3370	0.157	0.154
Alandlikkus	1.15	100.22	0.2544	0.199	0.055
Heasoovlikkus - hoolivus	-0.97	102.63	0.3321	-0.120	0.147
Heasoovlikkus - sõltumine	2.99	102.45	0.0035	0.289	0.049
Universaalsus - mure	1.45	99.08	0.1490	0.191	-0.047
Universaalsus - loodus	0.50	97.70	0.6180	0.079	0.313
Universaalsus - tolerantsus	0.33	101.42	0.7404	0.043	0.174
VAIMNE.TERVIS	0.23	92.34	0.8175	0.039	-0.273
EMOTS.TERVIS	0.98	107.99	0.3303	0.173	0.074
SOTS.TERVIS	0.65	98.90	0.5154	0.128	-0.114
KEHALINE.TERVIS	1.44	105.18	0.1522	0.234	0.190
TURVALISUS.TERVIS.	1.08	102.93	0.2851	0.168	0.159

Märkused: *prognosis pessima* patsiendid ($N = 57$); vähihaiguse üle elanud patsiendid ($N = 61$); *t*-statistik, df – vabadusastmete arv; $p < .05$; *M* – personaalsete väärtuste keskmised; *SD* – valimi personaalsete väärtuste standardhälve.

Tabel 5. Vähihaiguse üle elanud patsientide ja vähihaigust mitte põdenud inimeste arengut väljendavad väärtused.

Väärtused	<i>t</i> -test			M erinevus	SD erinevus
	t	df	p		
Enesemääratlus - mõte	-0.5	112.53	0.5813	-0.068	-0.146
Enesemääratlus - tegu	-1.51	104.79	0.1344	-0.182	-0.059
Stimulatsioon	-0.45	100.18	0.6570	-0.069	-0.085
Hedonism	-1.58	80.59	0.1177	-0.318	0.176
Saavutamine	-2.52	113.44	0.0132	-0.281	-0.141
Võim - juhtimine	-1.70	91.99	0.0924	-0.310	0.104
Võim - ressursid	-3.23	72.17	0.0018	-0.660	0.272
Välimus	0.46	92.90	0.6435	0.062	-0.008
Turvalisus - personaalne	0.99	94.99	0.3250	0.110	0.018
Turvalisus - ühiskondlik	2.23	96.64	0.0279	0.275	-0.016
Traditsioonid	2.82	128.76	0.0056	0.382	-0.274
Konformsus - reeglid	0.67	101.13	0.5014	0.109	-0.013
Konformsus - interpersonaalne	3.48	116.92	0.0007	0.519	-0.199
Alandlikkus	1.27	88.34	0.2081	0.192	0.067
Heasoovlikkus - hoolivus	1.07	118.92	0.2855	0.121	-0.168
Heasoovlikkus - sõltumine	-2.23	111.93	0.0276	-0.200	-0.089
Universaalsus - mure	-0.44	104.23	0.6637	-0.055	-0.034
Universaalsus - loodus	2.29	110.43	0.0238	0.299	-0.184
Universaalsus - tolerant	-2.02	111.06	0.0457	-0.222	-0.082
VAIMNE.TERVIS	0.01	93.16	0.9960	0.001	0.163
EMOTS.TERVIS	-0.45	110.60	0.6561	-0.070	-0.001
SOTS.TERVIS	-0.32	86.79	0.7502	-0.056	0.194
KEHALINE.TERVIS	1.19	121.35	0.2353	0.168	-0.135
TURVALISUS.TERVIS	2.20	106.96	0.0299	0.298	-0.087

Märkused: vähihaiguse üle elanud patsiendid ($N = 61$); vähihaigust mitte põdenud isikud ($N = 86$); *t*-statistik, df – vabadusastmete arv; $p < .05$; *M* – personaalsete väärtuste keskmine; *SD* – valimi personaalsete väärtuste standardhälve.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Inna Narro,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose Vähihaiguse üle elanud ja *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused, mille juhendaja on Toivo Aavik, PhD;
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile;
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus/Tallinnas/Narvas/Pärnus/Viljandis, 29. 05. 2017